



## MODULO ISCRIZIONE CORSO PER OPERATORE CRI NEL SETTORE EMERGENZA (OP.EM. - LIVELLO OPERATIVO)

- Corso completo OP.EM. (19-20-21-28 Ottobre 2018 – Castelnuovo Don Bosco)  
 Corso aggiornamento OP.EM. (21-28 Ottobre 2018 – Castelnuovo Don Bosco)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Unità Cri di appartenenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Data esame corso base \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Nel sottoscrivere il presente modulo di adesione al Corso, secondo quanto riportato nel relativo bando, mi impegno, una volta superato l'esame di fine corso, a fornire la mia disponibilità, secondo le competenze acquisite, alle attività di emergenza svolte nel territorio di mia competenza, nonché a lavorare in sinergia con gli altri operatori al fine di perseguire l'obiettivo n. 3 della CRI.

TRATTAMENTO DATI PERSONALI: nel rispetto del Reg.to UE 2016/679 (GDPR) i dati personali contenuti nel presente modulo di iscrizione, saranno trattati esclusivamente per la realizzazione del corso di cui al presente bando.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Autorizzazione del Presidente del Comitato CRI di appartenenza.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Firma Presidente \_\_\_\_\_

Da inoltrare via e-mail a: [castelnuovodonbosco@cri.it](mailto:castelnuovodonbosco@cri.it), via fax 011.9876590, consegna a mano in Sede CRI Castelnuovo Don Bosco - **entro e non oltre il 05/10/2018.**